Interactie zonder woorden

*Een casestudy naar het effect van PACE op de interactie tussen ernstig aangedane afatici tijdens groepstherapie op een revalidatiecentrum.*

M.C.E van Huijstee (2015)

**Inleiding**

Men spreekt van afasie wanneer de hersengebieden die bij taal betrokken zijn beschadigd raken (Bastiaanse, 2010). Cliënten met afasie krijgen vaak logopedische therapie. Deze therapie is in de meeste gevallen individueel maar in de praktijk wordt ook vaak groepstherapie gegeven. Hierbij is de aandacht meer gericht op het taalgebruik in het dagelijkse leven en de verwerking en niet zozeer op de linguïstische aspecten van de stoornis.

Afasie heeft ingrijpende gevolgen voor zowel de dagelijkse communicatie als de sociale relaties (Lanyon, Rose & Worrall, 2013). Het contact zoeken met anderen is lastig wanneer de (verbale) communicatie is verstoord. Groepstherapie biedt een natuurlijke communicatieve omgeving en gelegenheid voor het ontwikkelen van pragmatische vaardigheden en het opbouwen van sociale relaties (Elman, 2007).

Volgens Remmerswaal (1992) is de definitie van een groep dat er interactie plaats vindt en dat sprake is van een gezamenlijk doel, normen, rollen en een netwerk van interpersoonlijke attracties. Onder interactie wordt (non)verbale communicatie zoals die tussen personen plaats vindt verstaan.

Volgens Elman (2007) bevordert groepstherapie de interactie tussen de deelnemers, wat leidt tot meer beurtwisseling en initiatief. De sociale interactie in de communicatiegroep heeft betrekking op het participatieniveau (Wielaert & Jünger & Berns, 2012). Het onderzoek van Ross, Winslow en Marchant (2006) laat zien dat groepstherapie bij cliënten met een chronische afasie voordelig is voor de conversatievaardigheden, participatie en het psychologische welzijn. Ook stelt Elman (2007) dat dankzij groepstherapie de transfer wordt vereenvoudigd dankzij variatie in de communicatiepartners en meer natuurlijke gesprekssituaties.

Promoting Aphasics’ Communicative Effectiveness (PACE) blijkt een geschikte therapie om de cliënt flexibiliteit aan te leren door zijn strategieën aan te passen aan de communicatieve situatie (Visch-Brink & Wielaert, 2005). Door PACE ontstaat er weliswaar een artificiële maar reële communicatieve situatie waarbij het gaat over het overbrengen van informatie. Indien het overbrengen van informatie niet lukt, stelt de logopedist op natuurlijke wijze vragen. De logopedist geeft geen expliciete adviezen omdat de door de cliënt ontdekte strategieën beter beklijven dan aangereikte strategieën door de logopedist (Visch-Brink & Wielaert, 2005). PACE is een vorm van functionele therapie omdat de cliënt geleerd wordt zijn stoornis te hanteren in een communicatieve context.

Kagan en Gailey (1993) verklaren PACE als zeer bruikbaar voor verschillende ernstgraden van afasie en geschikt voor groepstherapie. Glindemann en Springer (1995) concluderen daarentegen dat PACE niet geschikt is voor alle ernstgraden. Zij stellen dat de ernstig beperkte afatici een tekort aan non-verbale vaardigheden hebben die nodig zijn om te presteren in de PACE interactie. Hierbij kan gesteld worden dat cliënten juist ondersteund kunnen worden in het gebruik van non-verbale communicatie omdat verbale communicatie vrijwel onmogelijk is. De studie van Taylor-Goh (2005) heeft aangetoond dat de non-verbale communicatieve modaliteiten goed als alternatief of toevoeging gebruikt kunnen worden omdat dit resulteert in een verbetering van de communicatieve effectiviteit. Desondanks hebben een aantal clinici PACE bruikbaar gevonden voor cliënten met een globale afasie (Collins, 1986; Lyon & Sims, 1989; Peach, 2001). Uit het onderzoek van Davis en Wilcox (1981) blijkt dat PACE bij cliënten met een chronische afasie voor een kleine vooruitgang zorgde op afasiebatterijen en een degelijke vooruitgang in een rollenspel. Integendeel tot de cliënten die door middel van stoornisgerichte therapie werden behandeld.

De logopedisten werkzaam in het revalidatiecentrum ervoeren moeite met het vinden van een geschikte therapievorm in groepsverband bij cliënten met een ernstige afasie. De therapievorm bestond uit stoornisgerichte therapie waarbij nauwelijks interactie plaatsvond tussen de deelnemers. De logopedisten vonden dat deze therapievorm veel improvisatie en hard werken vergde. Door het tekort aan interactie kan gesteld worden dat er geen sprake was van een groep (Remmerswaal, 1992). Het effect van de communicatiegroep kon daardoor in twijfel gebracht worden.

Met die reden was de onderzoeksvraag van dit onderzoek: *In hoeverre zorgt PACE voor een vergrote interactie tussen de cliënten met een ernstige afasie tijdens groepstherapie in het revalidatiecentrum?*

Dit onderzoek is zeer relevant voor het stage adres en de logopedische praktijk omdat deze groepstherapievorm wellicht geïntegreerd kan worden bij cliënten met een ernstige afasie in de chronische fase.

**Deelnemers**

Om deel nemen aan het onderzoek moesten de cliënten voldoen aan een aantal inclusiecriteria:

* CVA in de linker hemisfeer
* Een globale afasie waarbij alle taalmodaliteiten zijn verstoord
* Minimaal 3 maanden post onset (chronische fase)

Een cliënt werd geëxcludeerd uit het onderzoek wanneer hij/zij 4 weken na de start instroomde.

Alle cliënten bevonden zich in de chronische fase. De therapie is in deze fase vooral gericht op het aanleren van strategieën en deze toepassen in de dagelijkse communicatie (Bastiaanse, 2010). Alle cliënten hadden een ernstige afasie die ingedeeld kon worden onder globale afasie. Dit betekent dat de taalproductie niet vloeiend is en vaak wordt beperkt tot korte uitingen waarmee zeer weinig informatie wordt verstrekt (Bastiaanse, 2011). Alle cliënten werden zowel individueel als in de communicatiegroep behandeld. In tabel 1 zijn de relevante gegevens van de cliënten zichtbaar.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Naam** | **Leeftijd** | **Datum beroerte** | **Soort revalidatie** |
| Dhr. M | 69 | 27-05-2015 | Klinisch |
| Dhr. O | 55 | 10-05-2015 | Klinisch |
| Mw. R | 55 | 07-05-2015 | Poliklinisch |

**Tabel 1: Relevante gegevens van de deelnemers**

Dhr. M was 69 jaar. Dhr. zijn uitingen beperkten zich tot het niet adequaat aangeven van 'ja' en 'nee'. Dhr. O was 55 jaar. Dhr. zijn uitingen bestonden voornamelijk uit niet-bestaande woorden.

Mw. R was 55 jaar. Mw. haar uitingen beperkten zich in de meeste gevallen tot recurring utterances. Naspreken lukte in enkele gevallen, met af en toe een fonematische parafasie.

**Methode**

Om het onderzoek op een ethisch verantwoorde manier uit te voeren, werden de cliëntgegevens geanonimiseerd en is de individuele therapie voortgezet naast de groepstherapie zodat geen therapie werd onthouden (Van Borsel, 2009).

Als onderdeel van dit onderzoek vond een literatuurstudie plaats. Hierbij is gezocht in de databanken: *Search Premier, Google Scholar, CINAHL plus* en *Cochrane Library.* De zoektermen *severe aphasia, group therapy, communication, PACE, aphasia therapy, grouptherapy, interaction* en *functional therapy* zijn in verschillende combinaties en soms in het Nederlands gebruikt*.* De evidentie van de literatuur is beoordeeld door artikelen ouder dan 35 te excluderen en de auteurs en de publicaties te analyseren.

***Meetinstrumenten***

Met het communicatieprofiel (CP) (Wielaert & Visch-Brink, 1990) werden de communicatieve vaardigheden en de natuurlijke communicatie van de cliënt op een checklist beoordeeld (Spreen & Risser, 2002). Het is geen genormeerd instrument want het werd gebruikt ter observatie. Er wordt in de handleiding gesteld dat de bruikbaarheid van de beoordelingsschaal gerelateerd is aan de klinische ervaring van de interviewer (Wielaert & Visch-Brink, 1990).

Er is gekozen om uitsluitend de onderzoeker het CP in te laten vullen om de betrouwbaarheid te verhogen. De overeenkomst tussen twee observaties van eenzelfde observator ligt namelijk hoger dan deze tussen de observaties van twee verschillende onderzoekers (van Borsel, 2009).

Van het CP zijn enkel de eerste twee verplichte bladzijdes met de categorieën *communicatieve vaardigheden*, *productie* en *begrip* ingevuld. De overige pagina’s hadden geen toegevoegde waarde voor dit onderzoek. Het onderdeel *Deelname gesprek* werd gebruikt voor de mate van interactie.

Om meer informatie te verkrijgen over de mate van interactie en de mening van de behandelend logopedisten over de groep en de therapievorm hebben zij een enquête ingevuld (Bijlage 1). De enquête bevatte vier vragen die werden beoordeeld op een Visueel Analoge Schaal (VAS) van 1 tot en met 10. Hierbij betekende 1 'zeer ontevreden/slecht' en 10 'zeer tevreden/goed'. Alle vragen hadden betrekking op de huidige therapievorm op het moment van invullen. Dat betekent dat de gegevens van de voormeting betrekking hadden op de oude therapievorm en de gegevens van de nameting betrekking hadden op de PACE methode. De vragen luidden:

* Vraag 1: Geef aan op een schaal van 1 - 10 hoe tevreden je bent met de grootte van de groep in combinatie met deze therapievorm.
* Vraag 2: Geef aan op een schaal van 1 - 10 hoe tevreden je bent over het gebruiksgemak van de therapievorm voor de logopedisten.
* Vraag 3: Geef aan op een schaal van 1 - 10 hoe tevreden je bent over het resultaat van de therapievorm in de groep.
* Vraag 4: Geef aan op een schaal van 1 - 10 hoe de mate van interactie is in de groep.

De Boer et al. (2004) concluderen dat de VAS over een goede validiteit en betrouwbaarheid beschikt en bevelen het gebruik aan voor het meten van een globaal begrip.

Zowel het CP als de enquête werd gescoord op een 10 puntsschaal. Dit is op een ordinaal meetniveau omdat de cijfers gebruikt worden om de data onder te brengen in subklassen (van Borsel, 2009). Beide onderzoeksmiddelen zijn subjectief.

***Behandeling***

De communicatiegroep was een open groep wat betekende dat de cliënten konden in- en uitstromen. De groep bestond uit drie à vier deelnemers en twee behandelend logopedisten, waaronder de onderzoeker en één logopedist werkzaam bij het revalidatiecentrum. De twee behandelend logopedisten werkzaam bij het revalidatiecentrum wisselden elkaar om de week af en de onderzoeker was bij elke behandeling aanwezig.

Tijdens het onderzoek werd behandeld volgens de PACE methode. Een methode wordt PACE als deze voldoet aan de volgende principes:

* Gelijke participatie: de logopedist en de cliënt participeren gelijk door het nemen van beurten en het sturen van boodschappen.
* Overdragen van nieuwe informatie: de zender houdt afbeeldingen uit het zicht van anderen zodat er nieuwe informatie wordt uitgewisseld.
* Vrije keus van het communicatiekanaal: de cliënt heeft een vrije keuze in welk kanaal hij/zij gebruikt om informatie over te brengen.
* Natuurlijke feedback: De feedback van de ontvanger is gericht op het uitzoeken van de boodschap van de zender.

Visch-Brink (2004) stelt dat het principe 'gelijke participatie' bij de uitvoering van PACE weleens wordt weggelaten. Hiermee elimineert de therapeut ook het modellen. In plaats van het tonen van een voorbeeld, geeft de therapeut suggesties voor het gebruiken van verschillende communicatieve modaliteiten. Hierdoor wordt de therapievorm 'PACE-achtig'. Tijdens de behandelingen was dit een belangrijk aandachtspunt.

De meest gebruikte oefening was een afbeelding benoemtaak. De cliënten pakten om de beurt een afbeelding van een stapel en probeerden deze duidelijk te maken aan de logopedist en de andere cliënten. Er werd begonnen met hoogvoorstelbare afbeeldingen. Naarmate de behandelingen vorderden werden deze laagfrequenter. Eén logopedist ondersteunde de cliënt in het overbrengen van de informatie terwijl de andere logopedist, net als de cliënten, de boodschap uitzocht. Hierdoor voldeed de logopedist aan het principe 'natuurlijke feedback' aangezien zij de afbeelding niet zag. Een variant van deze oefening bestond uit het vervangen van de afbeeldingen door concrete voorwerpen.

Week 1

**Voormeting**

* CP
* Enquête

Week 8

**Nameting**

* CP
* Enquête

7 weken PACE

**Figuur 1: Onderzoeksopzet**

Zoals te zien in figuur 1 is er in totaal 7 weken behandeld met de PACE methode. De voormeting vond plaats in week 1 wanneer met de oude therapievorm werd behandeld. De nameting vond plaats in week 8 tijdens de laatste behandeling. In deze 7 weken heeft 8 keer een groepsbehandeling plaatsgevonden. Bij de meeste sessies waren de partners van de cliënten aanwezig. Zij werden betrokken bij de therapie door samen met de logopedist de boodschap van de cliënten uit te zoeken.

**Resultaten**

Alleen de belangrijkste resultaten met betrekking tot dit onderzoek zijn weergegeven. Zoals te zien in de figuren 2, 3 en 4 is er bij elke cliënt op minimaal twee onderdelen vooruitgang opgetreden en bij minimaal één onderdeel een achteruitgang.

**Figuur 2: Voor- en nameting van het CP voor dhr. M.**

Zoals te zien in figuur 2 is dhr. M op drie onderdelen van het CP vooruit en op één onderdeel achteruit gegaan. De maximale spreidingsbreedte tussen de voor- en nameting is 3. Dit is te observeren bij de onderdelen *Deelname gesprek* en *Productie gebaren.*

**Figuur 3: Voor- en nameting van het CP voor dhr. O.**

In figuur 3 is te zien dat dhr. O volgens de onderzoeker op twee onderdelen vooruitgang heeft laten zien en op één onderdeel een achteruitgang. De maximale spreidingsbreedte tussen de voor- en nameting is 2 en is te observeren bij onderdeel *Productie gebaren* en *Productie schrijven*.

**Figuur 4: Voor- en nameting van het CP voor mw. R.**

Figuur 4 laat zien dat Mw. R volgens de onderzoeker op vijf onderdelen vooruitgang heeft getoond en op twee onderdelen een achteruitgang. De maximale spreidingsbreedte tussen de voor- en nameting is 5 en is te observeren bij de onderdelen *Informatie overdracht (productie)*, *Deelname gesprek* en *Productie gebaren*.

In figuur 5 zijn de toegekende scores per vraag per logopedist weergeven van de voormeting. De maximale spreidingsbreedte van de toegekende scores tussen de logopedisten is 2. Deze is waar te nemen bij vraag 2 en 4. De spreidingsbreedte bij vraag 1 en 3 is beide 1. Het bereik van de scores van logopedist 1 gaat van 7 tot 8. Het bereik van de scores van logopedist 2 gaat van 6 tot 8. Het gemiddelde toegekende cijfer van logopedist 1 is 7,5 en van logopedist 2 is dit 6,5.

**Figuur 5: Cijfers van de voormeting per behandelend logopedist** **Figuur 6: Cijfers van de nameting per behandelend logopedist**

In figuur 6 zijn de toegekende scores per vraag per logopedist weergegeven van de nameting. De maximale spreidingsbreedte van de toegekende scores tussen de logopedisten is 2 en is waar te nemen bij vraag 3. De spreidingsbreedte tussen vraag 2 en 4 is beide 0. Hier scoren beide logopedisten een 8. De spreidingsbreedte bij vraag 1 is 1. Het bereik van de scores van logopedist 1 gaat van 6 tot 8. Logopedist 2 scoort op alle vraag een 8. Het gemiddelde toegekende cijfer van logopedist 1 is 7,25 en van logopedist 2 is dit 8.

Als figuur 5 en 6 met elkaar worden vergeleken, is te zien dat de spreidingsbreedte tussen de voor- en nameting 0 is op de vragen 1, 2 en 4 van logopedist 1. Op vraag 3 is er een spreidingsbreedte van 1. De spreidingsbreedte tussen de voor- en nameting van logopedist 2 is 0 op vraag 1. Op vraag 2, 3 en 4 is de spreidingsbreedte 2.

**Discussie**

Zoals te zien bij de resultaten van het CP is zowel vooruitgang als een achteruitgang gemeten. Met deze vooruitgang kan gesteld worden dat PACE een positief effect had op de communicatieve vaardigheden van de cliënten. Dit sluit aan bij het onderzoek van Kagan en Gailey (1993) waarin gesteld wordt dat PACE geschikt is voor groepstherapie. Dit sluit ook aan bij de conclusies uit verschillende studies (Collins, 1986; Lyon & Sims, 1989; Peach, 2001) waarin gesteld wordt dat PACE geschikt is voor cliënten met een globale afasie.

Zowel Mw. R als Dhr. M zijn vooruitgegaan op het onderdeel *Deelname gesprek* (+5 en +3 punten)*.* Dhr. O is hier niet op vooruitgegaan, maar hierbij kan genoemd worden dat hij hoog scoorde op dit onderdeel. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de interactie is vergroot. Dit sluit aan bij het onderzoek van Elman (2007) waarin gesteld wordt dat groepstherapie de interactie tussen de deelnemers vergroot. Volgens Wielaert & Jünger & Berns (2012) heeft de interactie betrekking op het participatieniveau, waardoor gesteld kan worden dat de deelnemers hun mate van participeren in de groep hebben vergroot.

De cliënten hebben zichzelf flexibiliteit aangeleerd door tijdens het onderzoek met verschillende strategieën te experimenteren. Dit sluit aan bij het onderzoek van Visch-Brink & Wielaert (2005) waarin zij beschrijven dat PACE de cliënt flexibiliteit aan leert door zijn strategieën aan te passen aan de communicatieve situatie.

De achteruitgang op het CP kan verklaard worden doordat de onderzoeker, en hiermee de beoordelaar van het CP, de cliënten na de 7 weken behandeltijd beter kende en nu ook meer ervaring had met het invullen. De bruikbaarheid van de beoordelingsschaal is namelijk gerelateerd aan de klinische ervaring van de interviewer (Wielaert & Visch-Brink, 1990).

Uit de enquête kan grotendeels worden afgeleid dat de interactie in de groep is vergroot. Dit is zichtbaar bij vraag 4 van logopedist 2 waarin zij een vooruitgang van 2 punten heeft aangegeven. Logopedist 1 heeft hier geen vooruitgang in aangegeven. Dit kan verklaard worden doordat zij op de voormeting aangaf dat zij tevreden is over de mate van interactie in de groep.

Naar aanleiding van de resultaten uit de enquête kan geconcludeerd worden dat de logopedisten niet met elkaar op 1 lijn zaten. De maximale spreidingsbreedte tussen de logopedisten was zowel op de voor- als de nameting 2. Als deze metingen per logopedist met elkaar worden vergeleken is te zien dat logopedist 1 even tevreden is over de grootte van de groep, het gebruiksgemak van de therapievorm en de mate van interactie. Zij is minder tevreden (-1 punt) over het resultaat van de therapievorm. Dit kan verklaard worden doordat zij aan gaf dat zij stoornisgericht wil behandelen in plaats van functioneel. Naar de mening van de onderzoeker was PACE in dit geval effectiever omdat de cliënten zich in de chronische fase bevonden en de therapie daardoor gericht was op het effectief gebruiken van het resterende taalvermogen (Bastiaanse, 2011). Logopedist 2 is even tevreden over de grootte van de groep, maar meer tevreden (+2 punten) over het gebruiksgemak van de therapievorm, het resultaat van de therapievorm en de mate van interactie. De grootte van de groep is ongeveer gelijk gebleven tijdens het onderzoek (3 à 4 cliënten), waardoor beide logopedisten dezelfde score tijdens de voor- en nameting hebben gegeven op vraag 1.

De cliënten zijn allen vooruitgegaan in het gebruik van tekenen als communicatievorm. Deze vooruitgang is helaas niet gemeten omdat het CP geen onderdeel hiervan bevatte. Alle cliënten kozen in eerste instantie voor het verbaal duidelijk maken en wanneer zij merkten dat dit niet mogelijk was kozen zij meestal voor tekenen. Door middel van navragen bij de directe omgeving is er geconstateerd dat de cliënten deze geleerde strategie sneller toepasten buiten de therapie om zichzelf duidelijk te maken. Hiermee is transfer bewerkstelligd wat aansluit bij het onderzoek van Elman (2007) waarin wordt gesteld dat de transfer vereenvoudigd wordt dankzij groepstherapie.

Het had voordeel om met twee logopedisten tegelijk te behandelen. Zo kon één logopedist de cliënt helpen en was de ander gericht op het uitzoeken van de boodschap zodat aan het principe 'natuurlijke feedback' werd voldaan. De afbeelding benoemtaak bleek zeer geschikt voor de deelnemers.

Door omstandigheden zijn niet alle cliënten even vaak behandeld. Dhr. O en mw. R zijn beide 8 keer behandeld en dhr. M 6 keer. Het was niet mogelijk om elke behandelsessie 60 minuten te behandelen. Het vinden van afwisselende oefeningen die voldeden aan de PACE principes en geschikt waren voor cliënten met een ernstige afasie, werd gezien als een uitdaging. Veel oefeningen waren snel te moeilijk vanwege het niveau van de cliënten.

Naast de groepstherapie, is ook individuele therapie gegeven. Deze therapie bestond met name uit functionele therapie. De invloed hiervan op de resultaten is niet duidelijk.

**Conclusie**

PACE resulteerde geschikt voor cliënten met een globale afasie. Door het gebruik van PACE in de groep is een grotere mate van interactie bewerkstelligd in vergelijking met de oude therapievorm. Alle cliënten zijn op het CP vooruitgegaan. Deze conclusie geeft direct antwoord op de onderzoeksvraag.

Dit onderzoek heeft de cliënten inzicht gegeven in wat hun beste strategie is voor het overbrengen van informatie. De cliënten hebben zichzelf flexibiliteit aangeleerd door tijdens het onderzoek met verschillende strategieën te experimenteren.

Voor het gebruik van PACE in de praktijk wordt aanbevolen om met twee logopedisten te behandelen. De afbeelding benoemtaak gevarieerd met het gebruik van concrete voorwerpen wordt aangeraden voor het behandelen van cliënten met een ernstige afasie.

Dit onderzoek is relevant voor logopedisten werkzaam met ernstig afatische cliënten in de chronische fase. De logopedisten werkzaam op het revalidatiecentrum zouden deze therapievorm kunnen integreren in de huidige groep.

Meer onderzoek is gewenst over het effect van PACE op de interactie van cliënten met een afasie in de chronische fase in groepsverband. Gewenst is enkel de cliënten te behandelen in groepsverband zodat het eventuele effect van individuele therapie geen invloed heeft. Hierbij kan afgevraagd worden of de ethische aspecten in acht worden genomen.

**Literatuur**

Bastiaanse, R. (2010). *Afasie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Boer, A.G.E.M. de, Lanschot, J.J.B. van, Stalmeier, P.F.M., Sandick, J.W. van, Hulscher, J.B.F., Haes, J.C.J.M. de, Sprangers, M.A.G. (2004). Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life? Quality of Life Research. 13, 311- 320.

Borsel, J. van (2009). *Wetenschappelijk onderzoek in de logopedie*. Leuven: Acco.

Collins, M. (1986). *Diagnosis and treatment of global aphasia*. Boston: College-Hill/Little, Brown.

Davis, G. A. & Wilcox, M. J. (1981). Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment. In R. Chapey (Ed.) *Language intervention strategies in adult aphasia*. 169-193. Baltimore: Williams & Wilkins.

Elman, R. J. (2007). The Importance of Aphasia Group Treatment for Rebuilding Community and Health. *Top Lang Disorders,2007, Vol. 27, No. 4,* pp. 300–308.

Glindemann, R. & Springer, L. (1995). An assessment of PACE therapy. In C. Code & D. J. Müller (Eds.), *The treatment of aphasia: From theory to practice*. 90-107. San Diego CA: Singular.

Kagan, A. & Gailey, G. F. (1993). Functional is not enough: Training conversation partners for aphasic adults. In A. L. Holland & M. M. Forbes (Eds.) *Aphasia treatment: World perspective*. 199-225. Dan Diego CA: Singular.

Lanyon, L.E., Rose, M.L., Worrall, L. (2013). The efficacy of outpatient and community-based aphasia group interventions: A systematic review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 359-374.

Leipoldt, E.C.M. Schavemaker, I.M. Voorberg. (2005). *Handboek Stem– Spraak– Taalpathologie*

Lyon, J. G., & Sims, E. (1989). Drawing: Its use as a communicative aid with aphasic and normal adults. In T. E. Prescott Ed. *Clinical aphasiology,* 18, 339-356. Austin, TX: Pro-Ed.

Meulenberg-Brouwer, A., van der Pol-Top, H., Kuiper, C. (2011) *Dialoog.* Den Haag: Boom Lemma

Nelissen, J.M.C. (2001). *Interactie: een vakpsychologische analyse (1).* Freudenthal Instituut, Universiteit Utrecht

Peach, R. K. (2001). Clinical intervention for global aphasia. In R. Chapey Ed., *Language intervention strategies in adult aphasia and related neurogenic communication disorders 4th ed*., pp. 487- 512). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Remmerswaal, J. (2008). *Handboek groepsdynamica*. Uitgeverij Boom/Nelissen

Ross, A., Winslow, I., Marchant, P. (2006) Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention. *Aphasiology*, 20 (5), 427–448.

Spreen, O., Risser, A. H. (2005). *Assessment of aphasia.* Oxford University Press

Taylor-Goh, S., et al. (2005). *RCSLT Clinical Guidelines*. Bicester: Speechmark Publishing Ltd.

Visch-Brink, E., Wielaert, S. (2005). Stoornisgerichte en/of functionele therapie voor gestoorde functies bij een verworven afasie? *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*. Vol. 13, 2005, No. 3, pp. 153-172

Wielaert, S., Jünger, N., Berns, P. (2012). NVAT Afasie Interventie Schema. *Nederlandse Vereniging van Afasie Therapeuten.*

Wielaert, S., Visch-Brink, E.G. (1990). *Communicatieprofiel.* Rotterdam: Stichting Afasie Rotterdam.

**Bijlage 1: Enquête**

1 = zeer ontevreden/slecht

10 = zeer tevreden/goed

Geef aan op een schaal van 1 - 10 hoe tevreden je bent met de grootte van de groep in combinatie met deze therapievorm.

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Geef aan op een schaal van 1 - 10 hoe tevreden je bent over het gebruiksgemak van de therapievorm voor de logopedisten.

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Geef aan op een schaal van 1 - 10 hoe tevreden je bent over het resultaat van de therapievorm in de groep.

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Geef aan op een schaal van 1 - 10 hoe de mate van interactie is in de groep.

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**